

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ МЕГАЦИСТУ ВНАСЛІДОК ТРИВАЛОЇ ІНФРАВЕЗИКАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ

Саричев Л.П., Савченко Р.Б.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Впродовж останніх десятиліть відмічається стійкий крен у бік медикаментозного лікування ДГПЗ, яке усуває симптоми нижніх сечових шляхів (НЧСШ), але не завжди перериває патологічний ланцюг і у ряді випадків призводить до невиправданого затягування оперативного лікування. За даними К.Е.Andersson і співавт. (2011) у післяопераційному періоді майже у 50% пацієнтів, а у віддалені строки у 60% пацієнтів залишаються НЧСШ. J.Sonksen і співавт. (2015) відмічають пряму кореляційна залежність між тривалістю інфравезикальної обструкції і порушенням функції детрузора. Нерідко внаслідок утворення мегацисту після усунення обструкції не вдається відновити випорожнення сечового міхура.

В 2017-2019 рр. в урологічній клініці знаходилося на лікуванні 5 хворих з декомпенсованим сечовим міхуром внаслідок тривалої інфравезикальної обструкції, яким проведено успішну хірургічну корекцію мегацисту. Наводимо приклад.

Хворий Д., 60 років, госпіталізований зі скаргами на неможливість самотійного сечовипускання, періодичний ниючий біль над лоном. Вважає себе хворим впродовж 7 років. Із анамнезу, 6 років тому з приводу ДГПЗ виконана ТУРП. Сечовипускання відновилося, Q_{\max} 14,1 мл/сек, об'єм залишкової сечі не перевищував 100 мл. Через рік з приводу збільшення об'єму залишкової сечі до 450 мл, інтермітуючої сечової інфекції хворому накладена цистостома, а через 6 тижнів виконана ТУР стриктури шийки сечового міхура. Впродовж наступних 5 років хворому двічі на рік проводилось комплексне лікування, спрямоване на відновлення мікроциркуляції та інервації сечового міхура, лікування сечової інфекції. При госпіталізації Q_{\max} 3,1 мл/сек, I-PSS – 35 балів, QoL – дуже невдоволений, PSA - 0,9 нг/мл. За даними УЗД розміри та структура нирок у межах норми, об'єм сечового міхура 720 см³, візуалізуються множинні конкременти, об'єм передміхурової залози - 27 см³, об'єм залишкової

сечі - 480 см³. Встановлено діагноз: Рецидив стриктури шийки сечового міхура. Хронічна затримка сечі. Мегацист. Хронічний цистит. Камені сечового міхура. Під спинальною анестезією, розтином над лоном витончена передня стінка сечового міхура у ділянці верхівки розсічена впоперек на 10 см. Видалено до 20 конкрементів розмірами до 15 мм. Виконано клиноподібну резекцію шийки сечового міхура. Далі стінка сечового міхура впродовж 6 см методом гідропрепаровки лібералізована від адвентиції в напрямку шийки сечового міхура та впродовж 6 см від слизової в напрямку дна сечового міхура. Лібералізовану від адвентиції нижню частину сечового міхура підшито по краю безперервно-вузловим швом VICRYL 3/0 до лібералізованої від слизової верхньої частини сечового міхура. Далі верхня частина стінки сечового міхура накладена на нижню і також підшита по краю безперервно-вузловим швом VICRYL 3/0, утворивши дублікатуру. Стінки сечового міхура додатково зшиті між собою поодинокими вузловими швами VICRYL 3/0. Сечовий міхур дреновано уретральним катетером Foley 20 F, який видалений на 8 добу. При контрольному обстеженні через 6 місяців максимальний об'єм сечового міхура - 320 см³, об'єм залишкової сечі не перевищував 70 см³, Q_{max} - 17,6 мл/с, I-PSS - 8 балів, QoL – задоволений.

Таким чином, шляхом утворення дублікатури стінки вдається зменшити об'єм сечового міхура при максимальному збереженні м'язової тканини, тим самим підвищити скоротливу здатність детрузора і відновити спорожнення сечового міхура.

Саричев Леонід Петрович

e-mail: leonid.sarychev@gmail.com

тел. моб. +380978438055